



# **TRABAJO FIN DE GRADO**

## **GRADO EN RELACIONES LABORALES**

**CURSO ACADÉMICO 2017-2018**

**LOS SEGUROS DE SALUD: DELIMITACIÓN Y LIMITACIONES**

**HEALTH INSURANCE: DELIMITATION AND LIMITATIONS**

**AUTORA: CLARA FERNÁNDEZ COBO**

**DIRECTOR: PROF. DR. JOAQUÍN CAYÓN DE LAS CUEVAS**

## **RESUMEN**

El presente trabajo pretende analizar las diferentes posibilidades que permite el ordenamiento jurídico español para acceder al sistema sanitario. Desarrolla una comparativa entre la sanidad pública y la sanidad privada, enfatizando en los principales seguros sanitarios que podemos encontrar y sus diferentes coberturas. Se estudia especialmente sus cláusulas delimitadoras y las diferentes limitaciones en relación con la cobertura. Además, contempla la evolución del sector privado en el ámbito sanitario en el transcurso de los últimos años.

## **ABSTRACT**

The present work tries to analyze the different possibilities that the Spanish legal system allows to access the health system. It develops a comparison between public health and private health, emphasizing the main health insurance we can find and their different coverages. Its delimiting clauses and the different limitations in relation to coverage are studied in particular. In addition, it is considered the evolution of the private sector in the health field during the course of recent years.

## **INDICE**

### **1.- INTRODUCCIÓN**

#### 1.1.- PLANTEAMIENTO

#### 1.2.-EL ESTADO DEL BIENESTAR

#### 1.3.- MARCO NORMATIVO

### **2.- LA OFERTA DE SERVICIOS SANITARIOS**

#### 2.1.- SANIDAD PÚBLICA

##### 2.1.1.- Cobertura del sistema nacional de salud

##### 2.1.2.- Financiación del sistema nacional de salud

#### 2.2.- SANIDAD PRIVADA

### **3.- ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA A TRAVES DEL CONTRATO DE SEGURO**

#### 3.1.- PLANTEAMIENTO

##### 3.3.1.- Seguro de salud

##### 3.3.2. Seguro de accidentes

#### 3.2.- EL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA COMO CONTRATO DE CONSUMO

#### 3.3.-CLASIFICACIÓN EN LA PRÁCTICA ASEGURADORA

##### 3.3.1 Seguros de libre elección o reembolso

##### 3.3.2 Seguros de prestación de servicios médico-quirúrgicos

##### 3.3.3 Seguros mixtos

### **4.- DELIMITACIÓN Y LIMITACIONES DEL RIESGO ASEGURADO: LAS CLÁUSULAS DEL CONTRATO.**

#### 4.1.- DELIMITACIÓN CONTRACTUAL

#### 4.2.- LIMITACIONES TEMPORALES

##### 4.2.1. Previsión de plazos de carencia

##### 4.2.2. Denuncia unilateral del contrato por la aseguradora

#### 4.3.- LIMITACIONES OBJETIVAS

#### 4.4.- DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE DISCAPACIDAD EN LOS SEGUROS PRIVADOS DE ASISTENCIA SANITARIA

4.5. - DOBLE COBERTURA PÚBLICA Y PRIVADA

4.6.- LOS CUESTIONARIOS DE SALUD

**5.- EVOLUCION DEL SECTOR DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**6.- CONCLUSIONES**

**7.- BIBLIOGRAFÍA**

## **1.- INTRODUCCIÓN**

### **1.1.- PLANTEAMIENTO**

La sanidad es uno de los principales indicadores de la fortaleza del estado de bienestar de las sociedades. Desde el ámbito público hasta el privado, la evolución del sector sanitario como su gestión tienen una enorme repercusión en la sociedad. España cuenta con un modelo sanitario de alta calidad. La evolución de la situación económica y social, provoca que los sistemas sanitarios deban adaptarse correctamente a estos cambios y evolucionar en la medida necesaria.

La sanidad privada está ganando una importante posición, que con el paso de los años va a ir incrementándose y se instaure como complemento de la sanidad pública, en muchas ocasiones mejorando la calidad de los servicios.

La estructura del sistema sanitario español es fruto de la evolución continuada enfocada a la satisfacción de las necesidades sanitarias de los ciudadanos independientemente de su situación económica o social, es decir, garantizando la universalidad del sistema. En este sentido, el Sistema Nacional de Salud español se organiza en una extensa red de centros de salud y hospitales repartidos por toda la geografía nacional. El marco territorial de la atención primaria son las zonas básicas de salud. Las áreas de salud son la estructura fundamental del servicio nacional de la salud, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos sanitarios de los servicios de salud de las comunidades autónomas en su declaración territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellas. Se requiere un mínimo de un área de salud por provincia. La extensa red sanitaria se estructura en:

- Los consultorios se ubican en los municipios dentro del ámbito rural, donde se desplazan periódicamente los profesionales médicos de la zona.
- En los centros de salud se prestan servicios de atención primaria. Si las circunstancias lo requieren, la atención médica se puede prestar en el

domicilio del paciente. En determinados centros de salud se presta un servicio de urgencias.

- En los hospitales se presta atención especializada y se accede por indicación facultativa de los servicios de atención primaria. Además, existe un servicio de Urgencias.

Así las cosas, podemos definir sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

Los principios sobre los que se edifica el sistema nacional de salud en España son los siguientes:

- Universalidad de la atención, toda la población puede acceder a los servicios, sin tomar en cuenta su estado de afiliación a la seguridad social o su capacidad económica.
- Accesibilidad, el sistema opera mediante un esquema de regionalización sanitaria, que pretende llevar la prestación de servicios muy cerca de los ciudadanos. Esto busca descongestionar la atención en los centros urbanos.
- Descentralización, pretende que la gestión de los recursos sanitarios sea cada vez más democrática y participativa.
- La base de la atención sanitaria es la atención primaria en salud.
- Participación de la comunidad, los ciudadanos tienen derecho a participar en la orientación y control del sistema sanitario español<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> “Mejor con salud”, 3 de marzo de 2018. Disponible en:  
<https://mejorconsalud.com/funciona-sistema-sanitario-espanol/>

## 1.2.- EL ESTADO DEL BIENESTAR

El Estado de bienestar actual en España es un sistema democrático de política social, el cual comenzó a desarrollarse en los últimos años del franquismo, con la Ley General de la Seguridad Social del año 1963, por la que se pasó de una asistencia benéfica y asistencial con pocas prestaciones a ampliar la cobertura social, sanitaria y educativa. Además, debemos tener en cuenta los años de transición democrática y la reforma social hecha por los gobiernos socialistas que serán los que universalicen los servicios educativos, sanitarios y las prestaciones sociales.

Para dar claridad al tema que debemos empezar definiendo que es el Estado del Bienestar. Siguiendo a ALEMÁN y GARCÍA:

*“Son todas aquellas medidas tomadas en la sociedad para satisfacer las necesidades de las personas y grupos. Dicho término comprende la acción social, no sólo de los poderes públicos, sino, también, por parte de los agentes privados como la familia, entidades mercantiles, o las entidades no lucrativas, que pueden contribuir a la mejora de la calidad de vida de los individuos en cualquiera de sus vertientes”<sup>2</sup>*

La acción del sector público es indispensable para el desarrollo del Estado de Bienestar. Existen diversos instrumentos que le permiten al Estado garantizar el establecimiento de una Seguridad Social a la que tengan acceso todos sus ciudadanos<sup>3</sup>:

- A través de leyes que regulen la calidad de los servicios públicos, cantidad a consumir y de los precios.

---

<sup>2</sup> ALEMÁN, C. GARCÍA, M.: *Fundamentos de Bienestar*. Valencia, 1999, pp. 111-113.

<sup>3</sup> COMÍN COMÍN, F. (1996): *Historia de la Hacienda Pública* vol. I, Ed. Crítica.

- Estableciendo subvenciones al consumo de determinados productos o servicios. Dicha subvención puede ser total, caso de algunos fármacos, o parcial, como para determinados bienes básicos.
- El Estado puede realizar transferencias de renta para garantizar una renta a los ciudadanos.
- Además, puede convertirse en empresario, ofertando servicios sanitarios bien directamente o bien a través de organismos públicos. En otros casos prefiere financiar públicamente el servicio mediante subvenciones, en cuyo caso será prestado por empresas privadas.

Nos encontramos ante un Estado democrático de bienestar por la universalización de los servicios y las prestaciones con ampliaciones de cobertura de la Seguridad Social, al mismo tiempo que se expande la oferta privada de dichos servicios. Se garantizan los derechos sociales y democráticos de los ciudadanos con la Constitución Española de 1978.

### **1.3.- MARCO NORMATIVO**

La Constitución Española, junto a la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) dará cuerpo al marco legal del actual sistema sanitario español. La Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

*“Se reconoce el derecho a la protección de la salud. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.”*



También nos encontramos con el artículo 41 de la Constitución, directamente relacionado con el anteriormente mencionado, que establece que se mantendrá un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice las coberturas necesarias. Así señala que:

*“Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres.”*

El objetivo con el que se desarrolla la LGS es el de conformar un Sistema Nacional de Salud con unas características generales y comunes, que aseguren la igualdad de condiciones y que mejore el acceso de los usuarios al sistema.

La LGS en su artículo 50 delega en las Comunidades Autónomas la responsabilidad de gestión y organización de sus propios sistemas de salud, que a su vez conformarán un Sistema General.

*“En cada Comunidad Autónoma se constituirá un Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.”*

En materia de la normativa básica que regula el sistema nacional de salud, también es importante mencionar la Ley 16/2003, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, quiere asegurar la coordinación y cooperación entre las Comunidades Autónomas y trata de temas como las prestaciones, la cartera de servicios, los medicamentos, la educación sanitaria, etc. Tiene como principal objetivo garantizar la equidad, acceso de todos los ciudadanos del Estado español en igualdad de condiciones a todas las prestaciones.

## **2.- LA OFERTA DE SERVICIOS SANITARIOS**

Los servicios sanitarios se encargan de garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Son consideradas prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios de prevención, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitación y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos. En todo caso, conviene diferenciar entre sanidad pública y privada.

### **2.1.- SANIDAD PÚBLICA**

La historia de la salud pública involucra dos aspectos esenciales, por un lado, el crecimiento en el campo de la medicina y por otro el desarrollo histórico de los servicios sociales. La salud pública es una de las consecuencias de la industrialización y del crecimiento acelerado de las ciudades, así como del desarrollo de la medicina y la higiene<sup>4</sup>. Cabe destacar que la importancia de la salud pública radica en que permite garantizar el derecho de la población a tener un acceso equitativo y efectivo a la salud.

El servicio de sanidad pública es totalmente dependiente de los gobiernos y sus programas de salud, ya que todos los recursos son administrados y gestionados por el estado. El Estado es el principal actor institucional de la salud pública y es una entidad individualizada desde el punto de vista operativo, con personalidad jurídica e instrumentos de actuación propios. Presenta un carácter universal, ya que es un derecho que tiene todo ciudadano.

La descentralización se ha visto como una estrategia progresiva de organización y gestión del sistema sanitario, incorporando elementos de control

---

<sup>4</sup> GUZMAN MARTÍNEZ, G., “Viviendo la salud”.  
Disponible en <https://viviendolasalud.com/salud-y-remedios/salud-publica>

local más democráticos, con el propósito de mejorar la eficacia en la gestión de recursos financieros y humanos.

Se entiende como funciones de la salud pública al conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con el fin de mejorar la salud de las poblaciones. Sus funciones principales son: la promoción de la salud, la gestión de la misma, el control del medio ambiente y de la contaminación, la investigación y la reducción del impacto de emergencias y desastres sanitarios<sup>5</sup>.

### **2.1.1.- Cobertura del sistema nacional de salud**

Los beneficiarios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social con cargo a los presupuestos públicos serán todas las personas que ostenten la condición de aseguradas o de beneficiarias tendrán garantizada la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

A continuación, detallaremos quienes ostentan a la condición de asegurados y beneficiarios, ya que es la condición necesaria para tener acceso a la cobertura de la sanidad pública.

La condición de asegurados está presente en las personas recogidas dentro de estos puntos: a) Que sean trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliados a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta; b) Que sean perceptores de cualquier prestación periódica de la Seguridad Social; c) Que hayan agotado toda prestación de la Seguridad Social y se encuentren en situación de desempleo sin acreditar la condición de asegurado por cualquier otro título y que residan en España.

---

<sup>5</sup> MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Sistema de información de atención primaria” 11 de octubre de 2006, “Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SIAP0405.pdf>

Además, también están aseguradas las personas que no estando comprendidas en los puntos citados anteriormente y no teniendo cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, se encuentren en algunos de los estos supuestos:

- Que tengan nacionalidad española y residan en territorio español.
- Los menores de edad sujetos a tutela administrativa.
- Que sean nacionales de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza y estén inscritos en el Registro Central de Extranjeros.
- Que sean nacionales de un país distinto de los mencionados o cualquier persona a la que ningún Estado considera destinataria de la aplicación de su legislación, y titulares de una autorización para residir en territorio español, mientras ésta se mantenga vigente en los términos previstos en su normativa específica.

La condición de beneficiarios de un asegurado está presente en los supuestos recogidos dentro de estos supuestos:

- Que sean cónyuges de la persona asegurada o convivan con ella en situación de pareja de hecho.
- Que sean ex cónyuges o estén separados judicialmente y tengan derecho a percibir una pensión compensatoria de la persona asegurada.
- Que sean descendientes de la persona asegurada o de su cónyuge aun siendo su ex cónyuge, en ambos casos a cargo del asegurado y menor de 26 años o, que tenga una discapacidad igual o superior al 65%.

Conviene señalar que el Gobierno actual tiene previsto aprobar un real decreto-ley para recuperar la universalidad en el Sistema Nacional de Salud. Esta norma suprimirá el Real Decreto-ley 16/2012, que suprimió la universalidad de la asistencia sanitaria<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup>SANZ, L.A., “El Mundo” de 15 de Junio de 2018. Disponible en:  
<http://www.elmundo.es/espana/2018/06/15/5b23a40946163ff8108b4586.html>

### **2.1.2.- Financiación del sistema nacional de salud**

El sistema nacional de salud se financia con el presupuesto de las comunidades autónomas que tienen autonomía para la gestión del sistema en su territorio y por tanto deben proceder a su financiación. Las comunidades autónomas han recibido del Estado la capacidad de recaudar ciertos impuestos en los que pueden financiar la sanidad. Además, el Estado cuenta con un fondo que sirve para compensar a las autonomías que no disponen de suficiente presupuesto para hacerse cargo del gasto sanitario<sup>7</sup>.

La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles, cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud.

### **2.2.- SANIDAD PRIVADA**

El sector sanitario privado tiene un peso muy relevante en nuestro sistema económico y social en términos de generación de bienestar, riqueza, empleo y aportación al desarrollo de nuestro país. En este sentido, La sanidad privada está constituida por todos los servicios que generan el conjunto de empresas que funcionan de forma paralela a la sanidad pública, a las que el ciudadano contribuye mediante la suscripción de seguros para la salud.

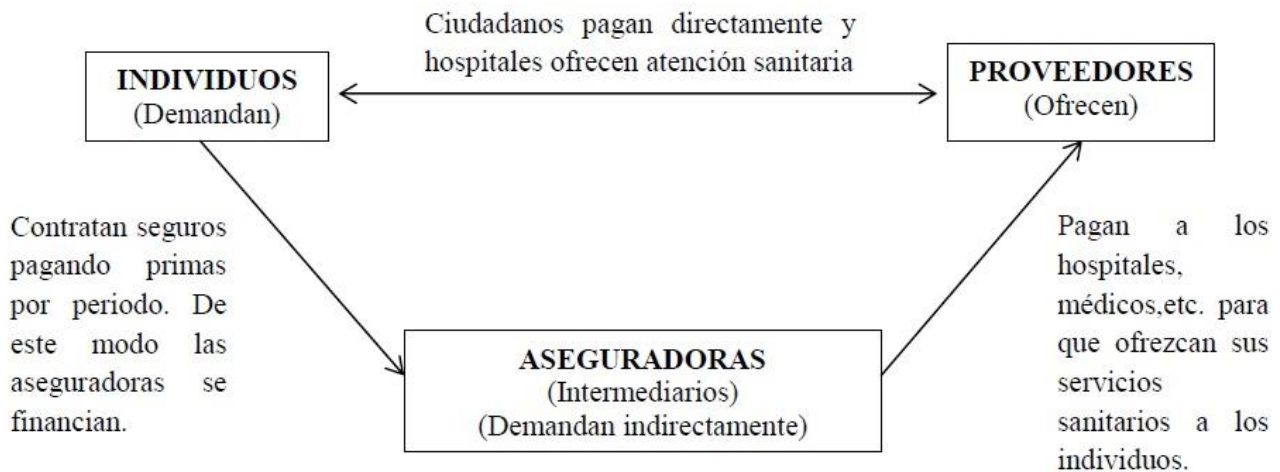
Además, en la sanidad privada, se producen una serie de interrelaciones entre los agentes que intervienen, ofreciendo o demandando el servicio que producen o necesitan. La parte intermediaria que contrata a los diferentes centros de salud para poder ofrecer la atención sanitaria son las aseguradoras.

Los flujos que se realizan entre los agentes son, los flujos monetarios que se producen por el pago de los individuos a las aseguradoras o a los proveedores

---

<sup>7</sup> MINGO, G.J. Y SANCHEZ-CASADO, G.: “Operaciones administrativas y documentación sanitaria” Editex, 2009.

y los flujos, en los que los proveedores sanitarios traspasan sus servicios a los individuos e intermediarios<sup>8</sup>.



Fuente: Econesta

Dentro de la asistencia sanitaria privada encontramos aspectos fundamentales a la hora de definir el funcionamiento de esta. Así, el periodo de carencia es un aspecto fundamental en los seguros de salud. La carencia es el tiempo que obligatoriamente tiene que pasar desde que contratas el seguro hasta que puedes hacer uso de determinados servicios. En el caso de que no haya transcurrido el periodo de carencia el individuo no se encuentra cubierto por el seguro.

El copago es otro aspecto relevante que viene unido a los seguros de salud. No todos los seguros tienen copago, pero cada vez más son más populares. El problema del copago es que, si usas mucho los servicios del seguro, la factura aumenta significativamente de lo contratado inicialmente.

<sup>8</sup> GARCÍA LÓPEZ, D., “Econesta”, 15 de Julio de 2016. Disponible en: <http://www.econesta.com/2016/07/15/como-funciona-la-sanidad-privada/>

Las limitaciones son también importantes. Como limitaciones nos referimos al número de sesiones, consultas o servicios que de determinadas coberturas puede hacerse.

### **3.- ACCESO A LAS ASISTENCIA SANITARIA A TRAVES DEL CONTRATO DE SEGURO**

#### **3.1.- PLANTEAMIENTO**

Nos encontramos con una modalidad de seguro que se engloba en la llamada categoría de “seguros de salud” referida a todas las modalidades de seguros de personas que cubren riesgos relacionados con la salud del asegurado, junto con el seguro de enfermedad y además en la modalidad independiente el llamado seguro de reembolso, incluso en opinión de la doctrina, el llamado “seguro de dependencia” que incluye la dependencia en el ramo enfermedad, no regulado en la LCS pero sí en el artículo 6 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación de Seguros Privados.<sup>9</sup>

El contrato de seguro nace de la necesidad de protección frente al riesgo al que están expuestos todos los seres humanos tanto sobre su persona como sobre sus bienes o responsabilidades contraídas en su vida privada o profesional<sup>10</sup>.

Así, los seguros de personas se caracterizan porque el objeto asegurado es una persona, haciéndose depender de su existencia, salud o integridad el pago de la prestación. La LCS dedica su Título III a los seguros de personas, que comienza diciendo en el Art. 80 LCS que:

---

<sup>9</sup> DOMINGUEZ MARTINEZ, P., “La contratación del seguro de asistencia sanitaria y las limitaciones de los derechos de determinados asegurados”, *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, nº8, 2013, p. 4.

<sup>10</sup> CALVO SALVADOR, J. “Gestión Sanitaria”. Disponible en:  
<https://www.gestion-sanitaria.com/1-contrato-seguro-regulacion-derecho-espanol-aspectos-particulares-salud-ley-contrato.html>

*“El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que pueden afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado”*

Por tanto, comprenden diversas modalidades contractuales que se agrupan por el hecho común de que en todas ellas la diversidad de riesgos asegurados afecta al interés sobre una persona.

En este tipo de seguros, el pago de la indemnización no guarda relación con el valor del daño producido por la ocurrencia del siniestro. Lo cual resulta coherente, teniendo en cuenta que la persona no es evaluable económicamente.

Es frecuente encontrar confusión de conceptos en el ámbito del sector asegurador, los términos más habituales de los seguros de las personas, como pueden ser seguro de salud, seguro de vida, seguro de enfermedad, seguro de asistencia o seguro de accidentes.

### **3.1.1.- Seguro de salud**

El seguro de salud es un servicio médico que se le ofrece al asegurado a cambio de una prima anual y que le da derecho a utilizar los hospitales y especialistas que se detallan en el contrato de seguro que se firma.

El asegurador paga como indemnización el reembolso de los gastos incurridos por el asegurado con ocasión de una enfermedad, tratamiento médico o incapacidad prevista en la póliza.<sup>11</sup>

Una póliza de salud puede ser un complemento a los servicios que presta la Seguridad Social en el caso de los beneficiarios de la misma o un seguro único para quienes no se beneficien del seguro del Estado.

---

<sup>11</sup> “Risk seguros”, Disponible en:  
<http://www.risk-seguros.com/nuestras-coberturas-y-seguros/seguros-personales/salud-y-enfermedad/>



### **3.1.2. Seguro de accidentes**

Los seguros de accidentes proporcionan soluciones que permiten a las personas cubrir las consecuencias económicas derivadas de un acontecimiento imprevisto que les pueda provocar la muerte o una incapacidad permanente.

La contratación de este seguro mantiene cubiertos los riesgos de la integridad física del asegurado cuando su origen es un accidente, definido en el Art. 100 LCS:

*“Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.”*

Si el accidente se provoca intencionadamente por el asegurado, el asegurador queda liberado de su obligación. Si es el beneficiario el que causa intencionadamente el siniestro se anulará la designación hecha a su favor y la indemnización corresponderá al tomador, o, en su caso, a los herederos de éste<sup>12</sup>.

### **3.1.3.- Seguro de asistencia sanitaria y seguro de enfermedad**

El seguro de asistencia sanitaria se encuentra regulado junto al seguro de enfermedad, dentro de la categoría de Seguros de Personas, en el Título III, Sección 4ª, concretamente en los artículos 105 y 106 LCS. El Art. 105 LCS señala que:

*“Cuando el riesgo asegurado sea la enfermedad, el asegurador podrá obligarse, dentro de los límites de la póliza en caso de siniestro, al pago de ciertas sumas y de los gastos de asistencia*

---

<sup>12</sup> MINISTERIO DE ECONOMÍA Y EMPRESA, Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Disponible en:  
<https://www.dgsfp.mineco.es/Gaspar/SEtiposAccidentesPrint.asp>

*médica y farmacéutica. Si el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos, la realización de tales servicios se efectuará dentro de los límites y condiciones que las disposiciones reglamentarias determinen”.*

Existe una clara diferencia entre ambos, en el seguro de asistencia sanitaria el asegurador asume directamente la prestación de los servicios médicos y quirúrgicos. Por tanto, nos encontraríamos ante un seguro de prestación de servicios. Frente al de enfermedad y al también llamado seguro de reembolso de gastos médicos.

En cuanto al seguro de enfermedad, para dar claridad al tema debemos empezar por definir el término “enfermedad” dentro del sector asegurador. *La enfermedad se considera como una alteración del estado de salud por una alteración patológica y que viene dada independientemente de la voluntad del asegurado, siendo a su vez comprobada por un médico que pueda verificar su existencia*<sup>13</sup>.

Por tanto, el seguro de enfermedad tiene por objeto proteger al asegurado de las consecuencias económicas derivadas de un estado anormal del cuerpo. El riesgo asegurado es la enfermedad, entendida como la alteración de la salud<sup>14</sup>.

Por el contrario, en el seguro de asistencia sanitaria la prestación no consiste en el pago de cantidad alguna como sucede en el seguro de enfermedad, sino en asumir los gastos derivados de la asistencia sanitaria, ya sea pagando directamente al médico, o reembolsando al asegurado los gastos en los que haya incurrido. La finalidad perseguida por los contratantes de los

---

<sup>13</sup> EXPERTIA SEGUROS, “¿Qué se considera una enfermedad grave?”, 2 de Febrero de 2015. Disponible en: <https://www.expertiaseguros.com/blog/considera-enfermedad-grave>

<sup>14</sup> SÁNCHEZ CALERO, F., *Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, p. 2693.

seguros asistenciales obedece a la posibilidad de ayuda y asistencia para hacer frente a situaciones de necesidad.

De este modo, la función preventiva tiene por objeto evitar las consecuencias dañinas en caso de producirse el siniestro, mientras que la función indemnizatoria, se trata de la indemnización del daño económico que soportaría el asegurado si tuviera que adelantar el precio de los tratamientos. Por lo tanto, desde esta perspectiva el asegurador cumpliría una función asistencial, identificada con una prestación de hacer, realización de un servicio en favor del asegurado.

### **3.2.- EL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA COMO CONTRATO DE CONSUMO**

El seguro de asistencia sanitaria presenta una relación contractual con el asegurador, se trata de una fórmula de prestación indirecta, la cual presenta una clara ventaja económica. A diferencia de la prestación directa, podemos disponer de los servicios sanitarios sin incrementar el coste económico, ya que no se satisface una remuneración por acto médico. La prima del seguro te cubre cualquier asistencia sanitaria dentro de los requisitos del propio contrato.

Podemos decir, que nos encontramos ante una relación jurídica de consumo doble, ya que posee la condición de consumidor con respecto de la aseguradora y también como usuario del servicio sanitario<sup>15</sup>.

El contrato de seguro de asistencia sanitaria es un seguro sobre las personas, comprende todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado (Artículo 80 LCS). Puede celebrarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas (Artículo 81 LCS).

---

<sup>15</sup> CAYÓN DE LAS CUEVAS, J., *La prestación de servicios sanitarios como relación jurídica de consumo*, Thomson Reuters Civitas, Cizur Menor, 2017, p. 396.

En los seguros de personas el asegurador, aun después de pagada la indemnización, no puede subrogarse en los derechos que en su caso correspondan al asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro (Artículo 82 LCS).

### **3.3.- CLASIFICACION EN LA PRÁCTICA ASEGURADORA**

En la práctica aseguradora, si analizamos las diferentes pólizas, podemos diferenciar, tres tipos de seguros de salud: seguros de libre elección o reembolso, seguros de prestación de servicios médico-quirúrgicos y seguros mixtos

#### **3.3.1 Seguros de libre elección o reembolso**

Este seguro se caracteriza porque el asegurado elige libremente al prestador de la asistencia sanitaria. La obligación del asegurador se traduce en proporcionarle cobertura hasta un capital máximo anual previsto en la póliza y deduce habitualmente unas franquicias previamente pactadas<sup>16</sup>. Dentro de este seguro existen dos contratos, incluso tres en el caso de que hubiese hospitalización (contrato básico de clínica):

A) El contrato de seguro por el que la entidad aseguradora se obliga a reembolsar los gastos médicos ocasionados por la asistencia sanitaria del asegurado, y el asegurado se obliga al pago de la prima.

B) El contrato de servicios por el cual el facultativo se obliga a realizar los actos médicos necesitados por el arrendatario-asegurado y este a pagar los honorarios al facultativo.<sup>17</sup>

#### **3.3.2 Seguros de prestación de servicios médico-quirúrgicos**

En este caso nos encontramos con un único contrato, ya que es el propio asegurador el que nos ofrece asistencia sanitaria, mediante su propio grupo de

---

<sup>16</sup> CAYÓN DE LAS CUEVAS, J., op. cit., p.408.

<sup>17</sup> CAYÓN DE LAS CUEVAS, J., op. cit., p. 408.

profesionales, dentro de los cuales el asegurador podrá elegir. “Se integra la función aseguradora con la provisión de servicios, la compañía se obliga con sus asegurados a la prestación de determinados servicios, según la cobertura, y es responsable de esa atención sanitaria.”<sup>18</sup>

En los seguros de asistencia sanitaria, dependencia y de decesos, las entidades aseguradoras garantizarán a los asegurados la libertad de elección del prestador del servicio, dentro de los límites y condiciones establecidos en el contrato. En estos casos la entidad aseguradora deberá poner a disposición del asegurado, de forma fácilmente accesible, una relación de prestadores de servicios que garantice una efectiva libertad de elección, salvo en aquellos contratos en los que expresamente se prevea un único prestador. (Artículo 106 LCS).

### **3.3.3 Seguros mixtos**

En los seguros mixtos nos encontramos la posibilidad de elegir dentro de las modalidades anteriores. “La entidad aseguradora ofrece el reembolso de las cantidades pagadas en la asistencia sanitaria, previa deducción de la franquicia o el abono íntegro de la asistencia dentro del cuadro médico del asegurador”<sup>19</sup>

## **4.- DELIMITACIÓN Y LIMITACIONES DEL RIESGO ASEGURADO: LAS CLÁUSULAS DEL CONTRATO.**

### **4.1.- DELIMITACIÓN CONTRACTUAL**

Junto con las declaraciones contenidas en el cuestionario que debe completar el asegurado, la configuración del riesgo asegurado viene delimitada en el contrato y más en concreto en su clausulado. Fundamentales son las cláusulas del contrato de seguro de asistencia sanitaria en aras a la

---

<sup>18</sup> CAYÓN DE LAS CUEVAS, J., op. cit., p. 409.

<sup>19</sup> CAYÓN DE LAS CUEVAS, J., op. cit., p. 410.

determinación de la cobertura de un riesgo como causa del contrato de seguro y lo que es más importante predetermina las obligaciones del asegurador.<sup>20</sup>

La cláusula delimitadora es aquella cláusula que las partes introducen de común acuerdo en el contrato para definir o delimitar el riesgo objeto de cobertura por parte del asegurador, así como las garantías que quedarán aseguradas o excluidas por dicho contrato. Es decir, son cláusulas delimitadoras del riesgo, aquellas mediante las cuales se concreta el contrato de seguro. Las cláusulas delimitadoras no restringen derechos de los asegurados, ya que al tratarse de un supuesto no cubierto por el contrato, el derecho no llega a nacer.<sup>21</sup>

En ese sentido se pronunció la STS 853/2006, de 11 de septiembre, según la cual «son estipulaciones delimitadoras del riesgo aquellas que tienen por finalidad delimitar el objeto del contrato, de modo que concreta: qué riesgos constituyen dicho objeto: en qué cuantía; durante qué plazo; y en qué ámbito temporal»

Cláusulas limitativas de los derechos del asegurado, a que se refiere el artículo 3 LCS, al contrario de lo que sucede con las cláusulas delimitadoras, son aquellas que restringen o modifican los derechos de los asegurados a la indemnización una vez que se ha producido el siniestro. Estas cláusulas están sometidas a un régimen especial para dotar a los asegurados de una mayor protección.

## **4.2.- LIMITACIONES TEMPORALES**

### **4.2.1. Previsión de plazos de carencia**

Los periodos de carencia se establecen para determinados riesgos y significa la no cobertura de los mismos durante un periodo inicial establecido a

---

<sup>20</sup> DOMINGUEZ MARTINEZ, P., op. cit., p. 8.

<sup>21</sup> SAEZ, R., Disponible en:

<https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=f121c7f3-2931-4065-b59d-5d044d6ec10b>

partir de la entrada en efecto de la cobertura. Es decir, la carencia es el periodo inicial de vigencia del contrato durante el cual no se encuentran cubiertas alguna o la totalidad de las contingencias previstas en el contrato. En este sentido, “la carencia supone la existencia de un periodo temporal sin que nazca la cobertura del riesgo”<sup>22</sup>

#### **4.2.2. Denuncia unilateral del contrato por la aseguradora**

En este caso, “el contrato tiene una cláusula de prórroga tácita, que opera salvo que medie denuncia expresa de la aseguradora con un plazo de preaviso”<sup>23</sup>. Según expone el artículo 22 LCS, la duración del contrato será determinada en la póliza, la cual no podrá fijar un plazo superior a diez años. Sin embargo, podrá establecerse que se prorrogue una o más veces por un período no superior a un año cada vez.

Además, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

#### **4.3.- LIMITACIONES OBJETIVAS**

Este apartado engloba las limitaciones que recaen sobre el ámbito objetivo cubierto por el seguro de asistencia sanitaria. En relación con esta cuestión, cabe mencionar la exclusión de la prestación de servicios en la unidad de cuidados intensivos en el caso resuelto por la STS de 28 junio de 1985 ha sido considerado por la doctrina en la actualidad como un supuesto de cláusula abusiva, habida cuenta del desarrollo tecnológico en el ámbito médico.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> CAYON DE LAS CUEVAS, J., op. cit., p. 432.

<sup>23</sup> CAYON DE LAS CUEVAS, J., op. cit., p. 433

<sup>24</sup> TIRADO SUÁREZ, J., “Seguros de prestación de servicios”, *Derecho Mercantil*, Vol. 9ª, *Los contratos de seguro*, (coords.) JIMENEZ SÁNCHEZ, J./DÍAZ MORENO, A., 15ª ed., Marcial Pons, 2013, p. 304.

Las cláusulas abusivas pueden ser definidas como estipulaciones no negociadas de forma individual que sean contrarias a la buena fe y que perjudiquen al consumidor, causando un desequilibrio importante de los derechos y obligaciones que las partes tengan en virtud del contrato. Dichas obligaciones son nulas de pleno derecho, y se tendrán por no puestas.

El Art. 83 del texto refundido de la Ley General para la defensa de los Consumidores y Usuarios, que fue modificado por la Ley 3/2014, de 27 de marzo, con efectos desde el 29/03/2014, estableciendo:

*"Las cláusulas abusivas serán nulas de pleno derecho y se tendrán por no puestas. A estos efectos, el Juez, previa audiencia de las partes, declarará la nulidad de las cláusulas abusivas incluidas en el contrato, el cual, no obstante, seguirá siendo obligatorio para las partes en los mismos términos, siempre que pueda subsistir sin dichas cláusulas."*

#### **4.4.- DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE DISCAPACIDAD EN LOS SEGUROS PRIVADOS DE ASISTENCIA SANITARIA**

El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social. Es la norma en la que se refunde las leyes dispersas, que carecían de un tratamiento conjunto y asume las líneas generales de las propuestas de mejora que las asociaciones de apoyo a la discapacidad habían conseguido tras décadas de reivindicaciones en el ámbito de la salud.<sup>25</sup>

La situación de los discapacitados en relación con el acceso a los seguros de salud es especialmente compleja, porque el mercado asegurador tiende a

---

<sup>25</sup> GONZALEZ CARRASCO, C., "Discriminación por razón de discapacidad en los seguros privados de asistencia sanitaria", *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, N°8/2013, p. 5.



confundir la situación preexistente referente a la “salud” del solicitante con su situación de “discapacidad”.<sup>26</sup>

La Disposición adicional cuarta relativa a la no discriminación por razón de discapacidad establece lo siguiente:

*“No se podrá discriminar a las personas con discapacidad en la contratación de seguros. En particular, se prohíbe la denegación de acceso a la contratación, el establecimiento de procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador o la imposición de condiciones más onerosas, por razón de discapacidad, salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente.”*

Las actuaciones de las administraciones públicas y de los sujetos privados prestarán atención específica a las necesidades de las personas con discapacidad, conforme a la legislación sanitaria general y sectorial vigente.

En el marco del principio de autonomía privada, la entidad aseguradora puede decidir si brinda o no el servicio de seguro específico para personas con discapacidad, o con determinada discapacidad. En efecto, la falta de productos idóneos de salud para personas que escapen del “estándar” es un problema de política de salud pública que corresponde al Estado resolver, y no a la empresa privada.<sup>27</sup>

Es importante la distinción entre discapacidad y enfermedad, ya que el algunos casos se confunden ocasionando así, una discriminación indirecta tipificada como infracción grave en el TRDPD (art. 81.a), ya que la discriminación indirecta existe *cuando una disposición legal o reglamentaria, una*

---

<sup>26</sup> GONZALEZ CARRASCO, C., op. cit., p.7.

<sup>27</sup> GONZALEZ CARRASCO C., op. cit., p. 9.

*cláusula convencional o contractual, un pacto individual, una decisión unilateral o un criterio o práctica, o bien un entorno, producto o servicio, aparentemente neutros, puedan ocasionar una desventaja particular a una persona respecto de otras por motivo de o por razón de discapacidad, siempre que objetivamente no respondan a una finalidad legítima y que los medios para la consecución de esta finalidad no sean adecuados y necesarios (art. 2.d TRPDPD).*

#### **4.4.- DOBLE COBERTURA PÚBLICA Y PRIVADA**

La doble cobertura sanitaria se produce cuando una persona que tiene derecho a la atención sanitaria pública dispone, además, de un seguro privado de salud que le permite recibir servicios sanitarios privados. Cualquier persona puede ir a los servicios sanitarios privados pagando de su bolsillo pero sólo se define como doble cobertura cuando se dispone específicamente de un seguro de salud privado<sup>28</sup>.

En relación con los funcionarios públicos, hablamos de colectivos distintos, que dan lugar a tres regímenes especiales distintos con su correspondiente normativa específica. En concreto nos encontramos con:

- Régimen Especial de los Funcionarios Civiles del Estado.
- Régimen Especial de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.
- Régimen Especial de la Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia.

El Régimen Especiales de Funcionarios se organiza en torno a dos ámbitos de protección de carácter diferente. De un lado se establece un Régimen de Clases Pasivas del Estado y de otro el mutualismo administrativo.

Los funcionarios tienen derecho a la protección mutualista. Este sistema mutualista se estructura en tres mutualidades distintas a tenor del tipo de funcionario protegido. En la actualidad las mutualidades son tres: la Mutualidad

---

<sup>28</sup> BOHÍGAS, L., 20 de Abril de 2017 “Aguas” Cataluña. Disponible en: <http://blog.aguas.cat/2017/04/20/doble-cobertura-salud/?lang=es>

de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU)<sup>29</sup>.

En el caso de los funcionarios públicos no estaríamos hablando de uno doble cobertura ya que tiene carácter excluyente la elección, han de elegir la cobertura de asistencia sanitaria que van a instaurar, pero en ninguno de los casos tendrán la doble cobertura de la mutualidad junto con la asistencia pública.

La STS 1.<sup>a</sup> de 19 de julio de 2006 (RJ 2006, 5144) proclama judicialmente el principio de libre opción en casos de doble cobertura, solo la propia decisión del beneficiario o de quienes lo auxilian podrá ocasionar el propio cambio de centro hospitalario.<sup>30</sup>

*“Las pólizas de seguros de asistencia sanitaria suelen excluir del alcance de la cobertura no solo determinadas patologías, sino también enfermedades preexistentes, es exigible el deber de declaración del riesgo”.*<sup>31</sup>

#### **4.5.- Los cuestionarios de salud**

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo (Artículo 10 LCS).

El contrato podrá rescindirse en el plazo de un mes mediante una declaración por parte del asegurador. Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse

---

<sup>29</sup>WOLTERS KLUWER. Disponible en:  
[http://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAEAMtMSbFljTAAAUMjUwMjtbLUouLM\\_DxbIwMDCwNzAwuQQGZapUt-ckhlQaptWmJOcSoAVLtVtDUAAAA=WKE](http://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAAAEAMtMSbFljTAAAUMjUwMjtbLUouLM_DxbIwMDCwNzAwuQQGZapUt-ckhlQaptWmJOcSoAVLtVtDUAAAA=WKE)

<sup>30</sup> CAYON DE LAS CUEVAS, J., op. cit., p. 413.

<sup>31</sup> CAYON DE LAS CUEVAS, J., op. cit., p. 429.

Se muestra a título de ejemplo un cuestionario de salud:

28

Fuente: ADESLAS<sup>32</sup>

## 5.- EVOLUCION DEL SECTOR DE LOS SEGUROS DE SALUD

Pese a que en España contamos con un sistema de salud público que ofrece cobertura sanitaria a todos los ciudadanos y que es considerado uno de los mejores del mundo, el seguro privado de salud también está ganando adeptos en los últimos años. La mayor importancia que se concede en la actualidad al bienestar y a la imagen personal, unido a la falta de recursos de la sanidad pública, explican el auge que está teniendo en España la sanidad privada.

Este es un crecimiento que los analistas económicos de la salud consideran deseable, desde el momento en que ven difícil que el ingente crecimiento de costes del sector sanitario en los países desarrollados (fundamentalmente derivado de la implantación de nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población) pueda verse sufragado exclusivamente con los presupuestos públicos. En este contexto se afirma que los seguros privados de salud pueden representar una fuente de financiación adicional y ayudar a la sostenibilidad del sistema sanitario a largo plazo.<sup>33</sup>

Entre sus ventajas, los expertos citan la rapidez con la que atienden a los pacientes, las menores o, en ocasiones, inexistentes listas de espera y la prestación de servicios de valor añadido, como ofrecer habitaciones individuales, enviar las pruebas de informes rápidamente por correo, email o mensajes al móvil<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> Disponible en:

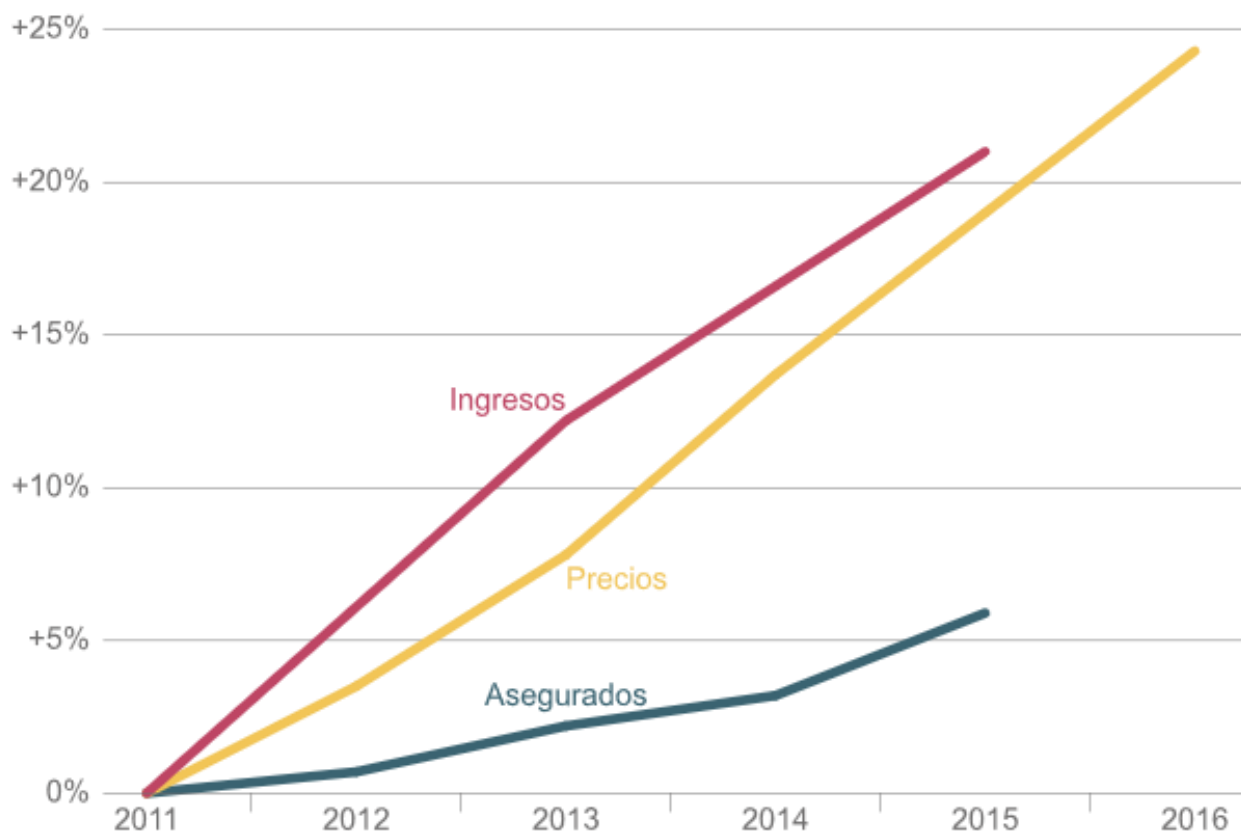
<https://www.seguros.link/documents/cuestionarios-y-solicitudes/cuestionario-de-salud-Adeslas-ultima-version-2017.pdf>

<sup>33</sup> GONZALEZ CARRASCO C., op. cit., p.1.

<sup>34</sup> Equipo editorial. 6 de octubre 2014. “*diversidad de seguros de salud*”. Disponible en: <https://www.iahorro.com/ahorro/como-ahorrar/que-saber-antes-de-contratar-un-seguro-de-salud.html>

En el siguiente gráfico, puede advertirse la evolución de los seguros de salud.

## Evolución del sector de los seguros de salud



Fuente: IPC (2011-2016) y Memoria social del seguro 2011-2015 (Unespa)

El Confidencial.LAB

Fuente: El confidencial<sup>35</sup>

Las razones del solapamiento del asegurador público universal de la asistencia sanitaria con las aseguradoras privadas son varias. En particular, estudios realizados muestran, por ejemplo, el papel del volumen de las listas de espera como una medida indirecta de calidad, en la explicación de la decisión de compra de seguros sanitarios privados. La actitud hacia el sector privado aparece también como un determinante importante de la situación de cautivo del

<sup>35</sup> VALERO, M. “El confidencial” de 16 de Enero de 2017. Disponible en: [https://www.elconfidencial.com/economia/2017-01-16/seguros-medicos-privados-sanidad-primas\\_1316138/](https://www.elconfidencial.com/economia/2017-01-16/seguros-medicos-privados-sanidad-primas_1316138/)

sector público a la hora de decidir qué tipo de asistencia sanitaria contratar, de forma que la ideología política puede llegar a constituir un aspecto relevante.<sup>36</sup>

No obstante, no todo son virtudes en la sanidad privada. Los seguros habitualmente presentan una larga lista de posibles restricciones, no admiten a cualquier cliente y, en ocasiones, tiene que pasar un cierto periodo de tiempo para poder empezar a disfrutar de los servicios sanitarios contratados, también conocido como periodo de carencia.

## **6.- CONCLUSIONES**

A lo largo del trabajo hemos expuesto las posibles asistencias sanitarias dentro del estado Español. En el sistema sanitario se plantea la convivencia de la asistencia pública y la asistencia privada, no cabe duda que tenemos un sistema de asistencia sanitaria público de gran calidad y debemos de trabajar en su desarrollo y mejora.

Como hemos mencionado con anterioridad existe una convivencia de ambos sistemas sanitarios, apostar por una cobertura pública de calidad no implica la extinción o irrelevancia del sector privado. Es cierto, que estamos comenzando a generar demanda en este sector y aún necesita una gran evolución, ya que no posee las herramientas necesarias para funcionar por si solo sin ayuda del sistema público. El idílico para la asistencia sanitaria erradicaría en la posibilidad de elegir la cobertura sanitaria que se desee con la mayor calidad y garantía para sus pacientes.

La crisis económica que ha sufrido el país en los últimos años nos ha llevado a una menor inversión en el sector sanitario. Los recortes en sanidad pública han ocasionado un deterioro en la calidad de sus servicios, ya que encontramos largas listas de espera y un menor número del personal sanitario.

---

<sup>36</sup> GONZALEZ CARRASCO, C., op. cit., p. 2.

Por este motivo, cada vez es mayor la demanda en el sector privado, que se complementa con el sistema sanitario público ya que aún no posee el desarrollo suficiente para su total independencia.

Los contratos de seguros poseen una amplia gama de coberturas y muchos de sus clientes, aun siendo consumidores de la sanidad pública, encuentran una seguridad en ellos, ya que les proporcionan una serie de indemnizaciones en caso de fallecimiento, invalidez o diversas situaciones que así desarrolle el propio contrato. Esta cobertura para cualquier infortunito suceso está aumentando el número de usuarios que no solo buscan la cobertura de la asistencia sanitaria, sino una protección mayor para poder mantener a sus familias en estos casos.

En correlación con esto, debemos de mencionar la doble cobertura de la asistencia sanitaria, un tema controvertido que aún no está muy asentado. Al existir la convivencia ente ambos sistemas de asistencia sanitaria es común encontrar personas con una doble cobertura en algún momento, por pagar la prima mensual de un seguro asistencial.

La forma predominante del seguro sanitario privado en España es el denominado seguro «duplicado» o suplementario. Es decir, doble cobertura, se dispone de la cobertura pública y se recurre adicionalmente al seguro privado. Sólo para los funcionarios existe en España la posibilidad de un seguro sanitario privado «sustitutivo».<sup>37</sup>

En la actualidad se necesita la convivencia de ambos para poder tener un servicio de calidad y es muy dificultoso tener que elegir, por esta razón, es bastante posible encontrarnos con la doble cobertura dentro de la asistencia sanitaria. Pero del mismo modo que la asistencia sanitaria para los funcionarios es excluyente, en el caso de que se contratase una cobertura privada debería de ser excluyente, los aspectos cubiertos dentro del periodo del contrato, sin dejar

---

<sup>37</sup> GONZALEZ CARRASCO, C., “Algunas cuestiones acerca de los seguros privados de salud en España”, *Revista Doctrinal Aranzadi Civil-Mercantil*, num.20/2007, p. 21.



en ningún caso desprotegido al paciente y pudiendo cambiar de un servicio a otro con plena libertad en cualquier momento.

Esto ayudaría a mejorar los servicios en ambos casos e intentar evitar la diferencia de clases sociales en el acceso a la asistencia sanitaria que en los últimos años estamos viendo incrementarse.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- ALEMÁN, C. Y GARCÍA, M.: *Fundamentos de Bienestar*. Valencia, 1999, pp. 111-113.
- BOHÍGAS, L., “*Aguas*”. 20 Abril 2017. Disponible en:  
<http://blog.aguas.cat/2017/04/20/doble-cobertura-salud/?lang=es>
- CALVO SALVADOR, J., “*Gestión Sanitaria*”. Disponible en:  
<https://www.gestion-sanitaria.com/1-contrato-seguro-regulacion-derecho-espanol-aspectos-particulares-salud-ley-contrato.html>
- CARBAJO GASCÓN, F., *La responsabilidad civil del asegurador de asistencia sanitaria*, Fundación Mapfre, Madrid, 2012.
- CAYÓN DE LAS CUEVAS, J.: *La prestación de servicios sanitarios como relación jurídica de consumo*, Thomson Reuters Civitas, Cizur Menor, 2017.
- CNMV Y BANCO DE ESPAÑA: “*Plan de Educación Financiera*”. 2010. Disponible en:  
<http://finanzasparatodos.es/es/productosyservicios/productosseguros/terminologia.html>
- COMÍN COMÍN, F., *Historia de la Hacienda Pública* vol. I, Ed. Crítica, 1996.

- DOMINGUEZ MARTINEZ P., “La contratación del seguro de asistencia sanitaria y las limitaciones de los derechos de determinados asegurados”, *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, nº8/2013
- EMBID IRUJO, J.M., “La protección del asegurado: su consideración como consumidor”, *Derecho de Seguros, Cuadernos de Derecho Judicial*, 1995, pp. 13-34.
- EQUIPO EDITORIAL. “*Diversidad de seguros de salud*”. 6 de octubre 2014. Disponible en:  
<https://www.iahorro.com/ahorro/como-ahorrar/que-saber-antes-de-contratar-un-seguro-de-salud.html>
- GARCÍA LÓPEZ, D., “*Econesta*” de 15 Julio 2016. Disponible en:  
<http://www.econesta.com/2016/07/15/como-funciona-la-sanidad-privada/>
- GONZÁLEZ CARRASCO, C., “Algunas cuestiones acerca de los seguros privados de salud en España”, *Revista Aranzadi Civil-Mercantil*, nº 20, 2007, Westlaw BIB 2007\2439, pp. 1-21.
- GUZMAN MARTÍNEZ, G., “Viviendo la salud”. Disponible en:  
<https://viviendolasalud.com/salud-y-remedios/salud-publica>
- “MEJOR CON SALUD”, 3 de Marzo de 2018. Disponible en:  
<https://mejorconsalud.com/funciona-sistema-sanitario-espanol/>
- MINGO, G.J./SÁNCHEZ-CASADO, G.: “*Operaciones administrativas y documentación sanitaria*”, Editex, 2009.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (11 de octubre de 2006) “*Sistema de información de atención primaria*”. Disponible en:  
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/SIAP0405.pdf>

- RISK SEGUROS. Disponible en:  
<http://www.risk-seguros.com/nuestras-coberturas-y-seguros/seguros-personales/salud-y-enfermedad/>
- SANZ, L.A., “*El Mundo*”, 15 de Junio de 2018. Disponible en:  
<http://www.elmundo.es/espana/2018/06/15/5b23a40946163ff8108b4586.html>
- SÁNCHEZ CALERO, F. (Dir.), *Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*
- VALERO, M. “*El confidencial*” de 16 de Enero 2017. Disponible en:  
[https://www.elconfidencial.com/economia/2017-01-16/seguros-medicos-privados-sanidad-primas\\_1316138/](https://www.elconfidencial.com/economia/2017-01-16/seguros-medicos-privados-sanidad-primas_1316138/)
- WOLTERS KLUWER. Disponible en:  
[http://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAEAMtMSbF1jTAAAUmJUwMjtbLUouLM\\_DxblwMDCwNzA\\_wuQQGZapUt-ckhIQaptWmJOcSoAVLtVtDUAAAA=WKE](http://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Documento.aspx?params=H4sIAAAAAAEAMtMSbF1jTAAAUmJUwMjtbLUouLM_DxblwMDCwNzA_wuQQGZapUt-ckhIQaptWmJOcSoAVLtVtDUAAAA=WKE)